Die Hystereuryse (Tokokinese) bei Placenta praevia.

(Klinische Beobachtungen.)

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Kgl. Universität Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Paul Gellrich.

ACAD. LEGD. BAT. BIBL.

Breslau 1909.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Küstner.

Filehne, Dekan.

Die Therapie der Placenta praevia ist noch immer eine hart umstrittene Frage. Noch hat sich keine der bestehenden Methoden allgemeine Anerkennung verschaffen können. In der letzten Zeit sind sogar wieder neue Wege im Kampf gegen die Placenta praevia beschritten worden. — Und doch gibt es in der Zahl der für die Behandlung der Placenta praevia in Betracht kommenden Methoden eine, die infolge ihrer Leistungsfähigkeit dazu berufen ist, in der Therapie der Placenta praevia die erste Stelle einzunehmen, nämlich die Hystereuryse.

Gerade gegenüber den neueren Bestrebungen, die Placenta praevia der chirurgischen Behandlung zuzuführen, möchte ich hier nochmals an der Hand von 98 Fällen der Breslauer Klinik vom 1./4. 94 bis 31./4. 08 die Leistungsfähigkeit der Hystereuryse nachweisen. Durch Gegenüberstellung der Hystereuryse mit den alten und neuen Methoden hoffe ich den Nachweis zu erbringen, daß in der Tat die Hystereuryse die für die allgemeine Behandlung der Placenta praevia günstigste Methode ist. Was muß denn nun eine gute Therapie der Placenta praevia leisten? Diese Frage ist leicht zu beantworten, sobald wir nur kurz die Gefahren der Placenta praevia für Mutter und Kind betrachten. Es sind ihrer hauptsächlich zwei: Die Blutung und die Infektionsgefahr. Beide, in ihrer Bedeutung einander nicht nachstehend, bedrohen hauptsächlich die Mutter. Für das Kind besteht die Gefahr in der Asphyxie,

die entweder sekundär durch die Anämie der Mutter hervorgerufen wird oder eine Folge unserer therapeutischen Bemühungen ist.

Dementsprechend sind der Therapie ihre Wege klar vorgezeichnet. Sie hat dafür zu sorgen, daß die Blutung zum Stillstand gebracht wird, und daß die Geburt möglichst rasch zu einem normalen Ende kommt, d. h. daß Mutter und Kind am Leben bleiben. Daß bei der Behandlung der Placenta praevia wie bei allen geburtshilflichen Operationen die peinlichste Asepsis bezw. Antisepsis beobachtet werden muß, um einer Infektion vorzubeugen, braucht nicht näher erwähnt zu werden.

Welches sind nun die Methoden, die uns zur Bekämpfung der Placenta praevia zur Verfügung stehen, und wie werden sie den an sie gestellten Anforderungen gerecht? Je nach dem Wege, den die einzelnen Methoden zur Erreichung ihres Zieles einschlagen, können wir eine unblutige und eine blutige Therapie unterscheiden. Während die letztere Gruppe durch einen rein chirurgischen Eingriff die sofortige Beendigung der Geburt herbeiführt, stillt die erste zunächst nur die Blutung, ohne jedoch die Geburt sofort zu beenden. Zu der ersten Kategorie gehören Tamponade, Kolpeuryse, Blasensprengung und Hystereuryse. Zur zweiten der klassische Kaiserschnitt, die Hysterotomia anterior und der extraperitoneale Uterusschnitt.

Gehen wir nun zur Betrachtung der einzelnen Methoden über: Was die Tamponade anlangt, so besteht wohl kein Zweifel, daß dieselbe den Anforderungen, die an die Therapie gestellt werden, in keiner Weise genügt. Sie dient wohl nur noch als Mittel zur vorübergehenden Blutstillung und wird selbst als solches wegen der großen Infektionsgefahr nur mit Widerwillen angewendet und mit Mißtrauen angesehen. Auch die von Henkel angegebenen Verbesserungen werden dasselbe nicht ganz zerstreuen können. Wie berechtigt dieses Mißtrauen ist, lehren auch 2 unserer Fälle, die tamponiert in die Klinik eingeliefert wurden. In beiden Fällen trat kurz nach der Aufnahme

Spontangeburt eines toten Kindes ein. Die Mutter erlag in dem einen der beiden Fälle einer Sepsis.

Sicherlich einen Fortschritt gegenüber der Tamponade bedeutet die Einführung des Kolpeurynters zur Blutstillung, durch den die Infektionsgefahr bedeutend verringert wird. Doch auch die Kolpeuryse kommt als Therapie für die Placenta praevia nicht mehr in Betracht. In der Breslauer Klinik wurde sie nur in der ersten Zeit und zwar auch auch nur in 7 Fällen angewandt. Von diesen waren 2 Kinder nicht lebensfähig, ein drittes starb vor Beginn der Kolpeuryse. Von den übrigen 4 blieb auch nur 1 am Leben.

Während also die beiden genannten Methoden aus der Behandlung der Placenta praevia ausscheiden müssen, so hat die nun zur Besprechung kommende kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks z. Zt. noch die dominierende Stelle in der Therapie der Placenta praevia inne, und in der Tat hat sie ja bezüglich der Erhaltung des mütterlichen Lebens zu recht günstigen Resultaten, wenigstens in den Kliniken, geführt. Die mütterliche Mortalität beträgt nun ziemlich übereinstimmend in den Kliniken 6—10%.

Leider erfährt dieselbe in der allgemeinen Praxis eine ganz bedeutende Steigerung, wie zur Evidenz die Veröffentlichung von Füth lehrt. Er stellt 618 Fälle von Placenta praevia, die im Reg.-Bez. Koblenz zur Beobachtung kamen, zusammen. Von diesen starben 143, das bedeutet eine Mortalität von fast 20 %. Und auch diese Resultate werden nur erreicht durch große Opfer an lebensfähigen Kindern. In der Tübinger Klinik betrug die kindliche Mortalität nach Abrechnung der nicht lebensfähigen Kinder 62%. Die Königsberger Klinik (Hammerschlag), die Henkel ausdrücklich als „gut geleitet“ hervorhebt, hatte sogar 84% tote Kinder zu verzeichnen, und Klein weist darauf hin, daß eine wesentliche Herabsetzung der kindlichen Mortalität unter 60 % kaum mehr wahrscheinlich sei. In der Tat recht wenig ermutigende Ergebnisse.

Nur im Hinblick auf diese geradezu traurigen Erfolge — wenn man unter diesen Umständen überhaupt von Erfolgen sprechen kann — ist die Stellungnahme Henkels bezüglich der Erhaltung des Kindes einigermaßen verständlich, wenn er „auf das Kind keine Bedeutung legt". Er ist unbedingter Anhänger der Wendung, die er als die „typische, die Schulbehandlung der Placenta praevia" ansieht. Unter rücksichtsloser Preisgabe des kindlichen Lebens sucht er wenigstens die Mutter zu retten. Selbst in den wenigen Fällen, wo er zur operativen Methode seine Zuflucht nimmt, ist nicht die Erhaltung des Kindes das Ziel seines Strebens, wie er deutlich ausspricht: „Wird es lebend geboren, so freue ich mich wohl des Erfolges, aber ich sehe darin nicht das Ziel und nicht den Schwerpunkt der Indikationsstellung zur Ausführung des vaginalen Kaiserschnittes."

Was ist es denn nun aber, was dieser mörderischen Therapie immer noch so viele Anhänger erhalten hat, welchem Umstand verdankt sie es, daß sie auch in den neueren Arbeiten immer wieder den praktischen Ärzten als alleinige Methode empfohlen wird? Es ist einzig und allein der Umstand, daß sie vom praktischen Arzt selbst angewendet werden kann, daß er durch sie hoffen kann, wenn nicht das Kind, so doch wenigstens die Mutter zu retten. Und gerade dieser Punkt scheint mir ein hochbedeutsamer zu sein. Nur die ist eine gute Methode der Behandlung der Placenta praevia, welche mit den besten Chancen für Mutter und Kind die Möglichkeit der Anwendung durch jeden Arzt und an jedem Ort verbindet.

Die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks erfüllt wohl diese letzte Forderung, leider aber nicht die erste. Eine Methode jedoch besitzen wir, die beiden Forderungen gerecht wird, und die deshalb berufen ist, die Stelle der kombinierten Wendung einzunehmen und dem praktischen Arzt ein zuverlässiges Hilfsmittel bei der Bekämpfung der Placenta praevia zu werden, nämlich die Hystereuryse. Leider haben die letzten Publikationen über die Therapie der Placenta praevia gezeigt, wie wenig Anerkennung noch

die Hystereuryse gefunden hat. Es sei mir darum gestattet, nochmals eine Lanze für die Metreuryse zu brechen, indem ich an der Hand des Breslauer klinischen Materials ihre Leistungsfähigkeit nachweise.

Zwei Aufgaben hat die Hystereuryse zu erfüllen: Sie soll die Blutung zum Stillstand bringen und soll Wehen erregen. Der ersten Forderung genügt sie dadurch, daß der in die Eihöhle eingelegte Ballon mechanisch die blutenden Gefäße komprimiert. Zugleich wird auch der zweiten Forderung entsprochen, indem der Ballon durch Druck auf die Cervicalganglien Wehen erregt und so eine Erweiterung des Muttermundes herbeiführt. Küstner hat deshalb auch für die Hystereuryse noch den Namen Tokokinese vorgeschlagen.

Was nun die Technik der Hystereuryse anlangt, so ist folgendes zu merken: Ohne Rücksicht auf den Sitz der Placenta wird zunächst die Blase gesprengt. Häufig genügt die Blasensprengung schon allein, um durch ein Tiefertreten des Kopfes die Blutung zum Stehen zu bringen, indem dann der Kopf die Rolle des tamponierenden Ballons übernimmt. Ist dies nicht der Fall, so wird nach Ablaufen des Fruchtwassers in die entstandene Öffnung der möglichst eng zusammengelegte sterile Ballon mit der Hystereurynter-Zange eingeführt. Darauf wird er mittelst einer Spritze mit ca. 500—650 ccm steriler Flüssigkeit aufgefüllt. Als Gegenzug wird an den Hystereurynterschlauch ein nicht zu schweres Gewicht angehängt, um einen bei der Rigidität des Cervix durch allzu starken Zug drohenden Riß zu vermeiden.

Ich komme nunmehr zu den Resultaten, die wir mit der Hystereuryse erzielt haben, um dann auf die Einwendungen der Gegner dieser Methode näher einzugehen. Für die Berechnung der gewonnenen Resultate muß vorausgeschickt werden, daß als lebensfähig alle Kinder angesehen sind, die über 2000 g Gewicht haben oder, wo diese Angabe fehlt, die eine Länge von mindestens 46 bis 47 cm haben und wenigstens 35—36 Wochen alt sind.

Kinder die in den ersten 2 bis 3 Tagen starben, gelten als tote.

97 Fälle von Placenta praevia kamen vom 1. 4. 1895 bis 21. 3. 1908 in der Breslauer Klinik zur Behandlung. Davon wurden 59 Fälle, also 60 %, mit der Hystereuryse behandelt. Die übrigen Fälle verteilen sich folgendermaßen: In 3 Fällen trat ohne weiteren Eingriff Spontangeburt ein, in 11 Fällen genügte die Blasensprengung, die Blutung zum Stillstand zu bringen; die Geburt verlief sodann normaler Weise. Zwei der Kinder waren nicht lebensfähig. In dem einen Falle war das Kind vor der Geburt schon tot; die übrigen 8 waren gesunde Kinder. In weiteren 11 Fällen wurde die Wendung gemacht mit nachfolgender Extraktion. Dies geschah dann, wenn der Muttermund weit genug war, um mit der Hand eingehen zu können, und zwar bei Querlage und bei Schädellage, wenn der Kopf noch nicht ins Becken eingetreten war. In diesen 11 Fällen waren 3 Früchte nicht lebensfähig, 2 weitere Kinder waren schon vor der Entbindung abgestorben. Von den übrigen 6 Kindern blieben 5 am Leben. Unter denselben Bedingungen, wie sie für die Wendung maßgebend waren, wurde einmal, da der Kopf zangengerecht stand, die Zange angelegt. Das Kind war tot. Zweimal wurde bei eröffnetem Muttermund, da das in Schädellage sich befindende Kind schon tot war, perforiert.

In 3 Fällen wurde auch die kombinierte Wendung nach Braxton-Hicks gemacht, jedoch nur der Übung halber bei schon abgestorbenem Kinde.

Zwei Fälle waren tamponiert eingeliefert worden. Davon erlag die eine Mutter einer Sepsis. Die Kinder waren beide tot.

Was nun die Kolpeuryse anbetrifft, so gelangte sie, wie oben erwähnt, in der ersten Zeit zur Anwendung und zwar auch nur in 7 Fällen. Von diesen waren 2 nicht lebensfähig; ein drittes Kind starb vor Einleitung der Kolpeuryse; von den übrigen 4 konnte nur ein Kind am Leben erhalten werden.

In allen übrigen 59 Fällen wurde die Hystereuryse angewandt. Von diesen waren in 12 Fällen die Kinder gemäß den oben erwähnten Kriterien noch nicht lebensfähig. Ich lasse hier die Tabelle dieser 12 Fälle folgen.

Tabelle I.

Laufende No.	Nummer des Journals	Zahl der Geburten	Gewicht, Länge, Schwangerschaftsdauer	Kindslage	Ausgang für das Kind				Dauer der Geburt
					† vor der Entbindung	† während der Entbindung	† nach der Entbindung	lebend entlassen	
1	Fr. Sch. 43 J. 96/97. N. 127	18	30 Wochen	Steißlage	—	—	12 Std. p. p.	—	9 Std.
2	A. L. 33 J. 97/98. N. 529	10	1920 g 43 cm 33 Wochen	I. untere Beckenendlage	—	—	—	nach 4½ Mon. entlassen	—
3	E. M. 33 J. 98/99. N. 83	10	1900 g	Steißlage	—	—	—	nach 10 Tg. entlassen	—
4	P.S. 36 J. 98/99. N. 84	9	1850 g	—	—	—	kurz nach der Entbindung	—	—
5	A.P. 36 J. 98/99. N. 624	5	1520 g	Querlage	—	†	—	—	—
6	A. M. 38 J. 99/00. N. 96	12	3790 g	—	† vor der Entbindung macériert	—	—	—	—
7	F. H. 00/01. N. 126	8	1530 g	II. Querlage	—	—	¾ Std. p. p.	—	—
8	M. S. 35 J. 02/03. N. 184	2	1650 g 44½ cm 30 Wochen	I. Schädellage	—	†	—	—	12 Std.

Laufende No.	Nummer des Journals	Zahl der Geburten	Gewicht, Länge, Schwangerschaftsdauer	Kindslage	Ausgang für das Kind				Dauer der Geburt
					† vor der Entbindung	† während der Entbindung	† nach der Entbindung	lebend entlassen	
9	E. M. 36 J. 04/05. N. 225	3	1720 g 31 Wochen	Dorsoant. Querlage	†	—	—	—	10 Std.
10	H. K. 26 J. 05/06. N. 466	9	1640 g 44 cm 34 Wochen	II. Querlage	—	—	20 Min. p. p.	—	—
11	A. G. 27 J. 06/07. N. 154	3	2000 g	I. Schädellage	†	—	—	—	—
12	M. G. 44 J. 99/00. N. 456	9	1760 g	I. Schädellage	—	—	kurz nach der Geburt	—	—

Drei Kinder waren vor der Entbindung schon tot. (I. 6, 9, 11.) Zwei starben während der Geburt (5, 8) 5 nach Beendigung der Entbindung. (I. 4, 7, 10, 12.) Zwei Kinder dagegen (2 und 3) blieben am Leben und wurden nach 10 Tagen bezw. $4^1/_2$ Monaten lebend entlassen. Was die Mutter anlangt, so ist in sämtlichen 12 Fällen kein Exitus zu verzeichnen.

Gehen wir nunmehr zur Betrachtung der übrigen 47 Fälle über, so ergibt sich, daß 26 Kinder tot waren und nur 21 am Leben blieben. Das würde einer Kindersterblichkeit von 55 % entsprechen. Diese Berechnung gibt jedoch ein falsches Bild. Nicht alle 26 toten Kinder sind der Hystereuryse zur Last zu legen, wie sich bei näherem Eingehen auf die fraglichen Fälle zeigt.

Auch diese 47 Fälle, die alle mit der Metreuryse behandelt sind, stelle ich vorerst in einer Tabelle (II) zusammen, die ich hier einfüge.

Tabelle II.

Laufende No.	Nummer des Journals	Zahl der Geburten	Gewicht, Länge, Schwangerschaftsdauer	Kindslage	Ausgang für das Kind					Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
					† vor der Entbindung	† während der Entbindung	† nach der Entbindung	lebend entlassen	Todesursache		
1	N. H. 28 J. 96/97. N. 106	11	—	Steißlage	—	†	—	—	Anämie	—	kam sehr anämisch zur Aufnahme. Verblutung durch Cervixriß.
2	F. W. 24 J. 96/97. N. 139	4	2780 g 50 cm 37 Wochen	I. Schädellage	—	—	—	nach 10 Tagen entlassen	—	5 Std.	lebt.
3	E. K. 32 J. 96/97. N. 340	3	3550 g 53 cm 40 Woch.	I. Querlage	—	—	—	lebend entlassen	—	10¼ Std.	am 2. Tage geringe Temp., sonst ohne Besonderheit.
4	A. P. 96/97. N. 422	3	4100 g 53 cm 39 Woch.	II. Schädellage	—	—	†	—	Asphyxie infolge Nabelschnurvorfalls	—	bei der Aufnahme Fieber. Wochenbettfieberhaft, bis 39,5. Am 12. Tage will P. entlassen werden gegen ärztlichen Rat. Sofortige Wiederaufnahme wegen Ohnmacht im Korridor. Hohes Fieber; nach vierzehn Tagen Exitus.
5	E. K. 31 J. 96/97. N. 417	9	2440 g 46 cm 38 Woch.	II. Schädellage	—	—	—	nach 8 Tagen entlassen	—	7½ Std.	normal.
6	E. Sch. 29 J. 96/97. N. 426	4	2450 g 49 cm 39 Woch.	II. Schädellage	—	—	—	nach 10 Tagen entlassen	—	12¾ Std.	am 5. Tage aufgestanden, am 8. Tage Temperaturerhöhung. Herzklopfen. Endo- u. Myocarditis. Verläßt gegen ärztl. Rat die Klinik.

Laufende No.	Nummer des Journals	Zahl der Geburten	Gewicht, Länge, Schwangerschaftsdauer	Kindslage	Ausgang für das Kind					Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
					† vor der Entbindung	† während der Entbindung	† nach der Entbindung	lebend entlassen	Todesursache		
7	E. H. 37 J. 96/97. N. 498	3	3270 g 51 cm 40 Woch.	I. Schädellage	—	—	—	nach 10 Tagen entlassen	—	5½ Std.	normal.
8	A. T. 40 J. 97/98. N. 394	8	—	II. Querlage	—	—	—	lebend entlassen	—	—	normal.
9	A. K. 39 J. 97/98. N. 491	9	2720 g	II. Querlage Nabelschnurvorf.	—	†	—	—	Nabelschnurvorfall	—	Schüttelfrost. Temp. 41°. Riechende Lochien. Alb. im Urin. Peritonit. Pneumon. dextr. Thromb. d. ven. fem. Exitus nach 16 Tagen.
10	K. T. 41 J. 98/99. N. 34	5	2190 g	II. Schädellage	—	—	7 Std. p. p.	—	Asphyxie infolge Nabelschnurvorfalls	—	normal.
11	E. P. 39 J. 98/99. N. 98	7	—	II. Schädellage	—	†	—	—	Asphyxie infolge Anämie der Mutter	—	während der Entbind. wegen hochgradiger Anämie exitus let.
12	M. M. 41 J. 98/99. N. 452	11	3450 g 53 cm 40 Woch.	Steißlage	—	—	—	nach 10 Tagen entlassen	—	4 Std.	normal.
13	C. J. 40 J. 99/00. N. 3	9	2900 g	Steißlage	—	—	—	nach 8 Tagen entlassen	—	—	normal.
14	E. H. 39 J. 99/00. N. 397	6	4030 g	Fußlage	—	†	—	—	—	—	bis zum 8. Tage erhöhte Temp., vom 9. Tage an normal, am 11. Tage aufgestanden.

15	M. F. 33 J. 99/00. N. 574	4	2700 g	—	—	—	nach 1stündigen Schulzeschen Schwingungen †	—	—	—	normal.
16	E. K. 36 J. 99/00. N. 575	10	2780 g	Schädellage	—	—	—	nach 12 Tagen entlassen	—	—	leichte Temperatursteigerung bis zum 9. Tage, dann normal.
17	J. S. 39 J. 99/00 N. 622	12	—	Schädellage	—	—	† 3 spontane Atemzüge, kein Herzschlag	—	—	—	am 6. Tage plötzlicher Fieberanstieg auf 39,3°. Vom 8.—16. Tage langsamer Abfall zur Norm.
18	F. G. 40 J. 99/00. N. 668	8	—	Querlage	—	†	—	—	—	—	Temperatursteigerungen vom 4.—8. Tage.
19	H. R. 34 J. 00/01. N. 32	9	3370 g ohne Gehirn	I. Schädellage	—	†	—	—	—	—	am 1. Tage 38,5°. Nach 10 Tagen entlass.
20	M. H. 22 J. 00/01. N. 260	1	2240 g	II. Schädellage	† Perfor.	—	—	—	—	—	—
21	A. R. 37 J. 00/01. N. 340	12	3040 g 50 cm 40 Woch.	II. Schädellage	—	—	—	nach 14 Tagen entlassen	—	18 Min.	höchste Temp. 38°. Vom 7.—10. Tage riechende Lochien. Dann normal.
22	A. S. 40 J. 00/01. N. 354	10	2500 g 49 cm	II. dorsoanter. Querlage	—	—	bald nach der Entbindung gestorben	—	Sektionsbefund: Groß. praevertebraler Bluterguß hinter d. Pleura. Frakt. d. V. Brustwirbels. Große Blutergüsse in d. mittl. u. hinteren Schädelgrube bis zur bed. Mong.	20 Std.	Wochenbett normal.
23	P. F. 31 J. 00/01. N. 610	5	3150 g 39 Woch.	I. Schädellage	—	—	—	nach 14 Tagen entlassen	—	7 Std.	5.—7. Tag Temperatursteigerungen. Empfindlichkeit des Uterus. Sonst normal.

Laufende No.	Nummer des Journals	Zahl der Geburten	Gewicht, Länge, Schwangerschaftsdauer	Kindslage	Ausgang für das Kind					Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
					† vor der Entbindung	† während der Entbindung	† nach der Entbindung	lebend entlassen	Todesursache		
24	M. W. 28 J. 00/01. N. 614	1	2300 g ohne Gehirn 47 cm	I. Hinterhauptslage	† Perfor.	—	—	—	—	18 Std.	vom 4.–11. Tage riechende Lochien. Dann normal.
25	A. L. 46 J. 00/01. N. 618	13	3500 g	II. Hinterhauptslage	—	—	am 3. Tage †	—	—	—	normal.
26	F. H. 01/02. N. 137	1	2530 g	I. Schädellage	—	—	—	nach 18 Tagen entlassen	—	—	normal.
27	E. W. 32 J. 01/02. N. 349	7	3000 g 57 cm 39 Woch.	I. Schädellage	—	†	—	—	—	8 Std.	normal.
28	A. S. 30 J. 01/02. N. 368	2	3240 g 37 Woch.	I. Schädellage	—	—	bald nach der Geburt †	—	—	14 Std.	normal.
29	M. G. 33 J. 01/02. N. 635	12	4070 g 53 cm 40 Woch.	II. Querlage	—	—	—	nach 14 Tagen entlassen	—	5 Std.	am 4., 5., 6. Tage Temp.-steigerung., am 6. Tage Herzschwäche. Sonst normal.
30	H. N. 35 J. 02/03. N. 13	7	3500 g	I. Schädellage	—	—	—	nach 4 Wochen entlassen	—	—	† 4 Std. post. part. an Luftembolie.
31	M. S. 22 J. 02/03. N. 51	1	2950 g	I. Schädellage	—	†	—	—	—	3 Std.	normal.

32	M. L. 27 J. 02/03. N. 176	5	2550 g 47 cm	I. dorso-ant. Querlage Infans moribund	—	†	—	—	Asphyxie	6 Std.	normal.
33	A. G. 33 J. 02/03. N. 628	7	2760 g 36 Woch.	I. Schädellage	—	†	—	—	—	3 Std.	normal.
34	J. H. 02/03. N. 671	10	2700 g	I. Schädellage	—	—	—	nach 9 Tagen entlassen	—	—	normal.
35	A. S. 32 J. 03/04. N. 547	4	3000 g 46 cm	II. Steißlage	—	—	—	nach 16 Tagen entlassen	—	—	normal.
36	P. M. 39 J. 03/04. N. 701	7	3280 g 59 cm	I. Schädellage	—	†	—	—	—	15 Std.	normal.
37	F. St. 33 J. 04/05. N. 224	4	2890 g	I. Schädellage	—	†	—	—	—	—	normal.
38	H. D. 34 J. 04/05. N. 471	8	2500 g 45 cm	I. Schädellage	—	†	—	—	bei Beginn d. Entbindung moribund	3 Std.	Im Wochenbett Bronchitis und Thrombose. Sonst normal.
39	J. K. 31 J. 05/06. N. 75	9	3090 g	I. Schädellage	—	—	—	nach 10 Tagen entlassen	—	—	normal.
40	A. R. 38 J. 05/06. N. 643	12	3400 g 57 cm	II. dorso-anter. Querlage	—	†	—	—	Asphyxie, da d. Nabelschnur durchschnitten werden mußte	—	normal.
41	A. W. 39 J. 06/07. N. 317	9	2350 g 48 cm	I. dorso-post. Querlage	—	—	—	nach 10 Tagen entlassen	—	7 Std.	normal.

Laufende No.	Nummer des Journals	Zahl der Geburten	Gewicht, Länge, Schwangerschaftsdauer	Kindslage	Ausgang für das Kind					Dauer der Geburt	Ausgang für die Mutter
					† vor der Entbindung	† während der Entbindung	† nach der Entbindung	lebend entlassen	Todesursache		
42	L. S. 34 J. 06/07. N. 703	11	2200 g 47 cm	II. dorsoanter. Querlage	—	—	6 Std. p. p. †	—	Asphyxie	6 Std.	am 4. u. 5. Tage erhöhte Temp. Dann normal.
43	P. S. 38 J. 07/08. N. 736	2	2260 g ohne Gehirn	I. Schädellage	†	—	—	—	—	—	Sepsis puerperal.
44	A. Z. 34 J. 08/09. N. 225	4	3300 g 51 cm 37 Woch.	I. Schädellage	—	—	—	nach 12 Tagen entlassen	—	12 Std.	normal.
45	H. L. 41 J. 08/09. N. 415	16	3850 g 55½ cm 40 Woch.	II. Schädellage	—	—	—	nach 16 Tagen entlassen	—	3½ Std.	leicht fieberhaftes Wochenbett.
46	B. A. 27 J. 08/09. N. 486	2	3150 g 52 cm 40 Woch.	II. dorsoanter. Querlage	—	—	—	nach 9 Tagen entlassen	—	9 Std.	normal.
47	P. S. 36 J. 98/99. N. 84	9	2050 g	—	—	—	—	lebend entlassen	—	—	normal.

Da sind zunächst 2 Fälle abzuziehen, die infolge Anämie der Mutter zugrunde gingen. Bei dem ersten (II./1) kam die Mutter laut Krankengeschichte schon sehr anämisch zur Aufnahme. Es wurde die Hystereuryse angewendet, dabei aber ein zu starker manueller Zug am Hystereurynterschlauch ausgeübt, sodaß ein Cervixriß entstand. Die Folge davon war Verblutung der an sich schon stark ausgebluteten Frau und damit auch des Kindes. Auch das zweite Kind (11) starb während der Entbindung infolge Exitus der Mutter, die stark anämisch in die Klinik eingeliefert wurde.

Ein weiterer Fall, der für die Beurteilung der Metreuryse nicht in Betracht kommen kann, ist No. 22. Hier handelt es sich um ein Kind, das kurz nach der Extraktion verstarb. Die Sektion ergab folgenden Befund: Lungen größtenteils atelektatisch; großer prävertebraler Bluterguß hinter der Pleura, besonders links. Fraktur des fünften Brustwirbels; große subdurale Blutergüsse in der mittleren und hinteren Schädelgrube bis zur Medulla oblongata. Der Exitus dieser Frucht ist also nicht der Hystereuryse, die ja gelungen war, sondern der Extraktion zur Last zu legen.

Desgleichen müssen Fall 9 und 40 in Abrechnung gebracht werden. Im ersteren Falle handelte es sich um eine Querlage. Nach der Geburt des Hystereurynters trat Nabelschnurvorfall ein. Es wurde versucht, die Zange anzulegen, was aber nicht gelang. Da inzwischen das Kind infolge Asphyxie abgestorben war, so wurde die Geburt durch Perforation beendet. In dem anderen Falle — wieder eine Querlage — mußte die Nabelschnur durchschnitten werden, um die Extraktion bewerkstelligen zu können.

Endlich müssen noch zwei Fälle ausgeschaltet werden, in denen bei Einleitung der Metreuryse das Kind schon moribund war (32, 38). Im ersten Fall betrug die Anzahl der Herztöne vor Einlegung des Ballons nur noch 60—70. Nach der Einlegung blieb sie zunächst unverändert. Jedoch schon nach einer halben Stunde waren Herztöne nicht

mehr zu hören. Was den zweiten Fall anlangt, so handelt es sich hier um ein Kind, das infolge hochgradiger Anämie der Mutter schon bei Beginn der Therapie moribund ist.

Außer den vorgenannten kommen ferner noch drei Fälle (20, 24, 43) bei der Beurteilung in Wegfall, bei denen das Kind schon vor Einleitung der Hystereuryse abgestorben war. In diesen letzten Fällen wurde nach genügender Erweiterung des Muttermundes das Kind perforiert und extrahiert.

Bringen wir nunmehr die eben erwähnten zehn Fälle, welche der Hystereuryse nicht zur Last gelegt werden können, in Abzug, so bleiben noch 37 Frauen mit 16 toten Kindern. In die Berechnung müssen aber noch zwei Fälle aus Tabelle I gezogen werden, wo die Früchte nach den eingangs erwähnten Kriterien zwar als „nicht lebensfähig" betrachtet werden mußten, bei denen es aber doch gelang, sie am Leben zu erhalten. Es stehen also zur Berechnung 39 Frauen mit 23 lebenden, also 16 toten Kindern; das entspricht einer Kindersterblichkeit von 41 %, also weniger als die Hälfte von der, die Hammerschlag zu verzeichnen hat.

Sind nun also die Resultate für die Kinder gegenüber der kombinierten Wendung nach Braxton-Hicks als durchaus gute zu bezeichnen, so kann die Methode nur dann wirklich empfohlen werden, wenn darunter auch das Wohl der Mutter nicht leidet. Wie steht es in dieser Beziehung mit der Hystereuryse? Unter allen 59 mit dieser Methode behandelten Fällen war fünfmal Exitus letalis zu verzeichnen. Auch hier können nicht alle Fälle zu der Berechnung herangezogen werden, wie sich aus der Tabelle einwandfrei ergibt.

In Fall 4 trat der Exitus infolge von Sepsis ein. Diese ist jedoch keineswegs eine Folge der Hystereuryse. Die Frau hatte nämlich schon bei der Aufnahme fieberhafte Temperatur, und dementsprechend war auch das Wochenbett fieberhaft (Temp. 39,5°). Am 12. Tage wollte die Patientin gegen ärztlichen Rat die Klinik verlassen, brach

jedoch ohnmächtig auf dem Korridor zusammen. Es trat hohes Fieber ein und 14 Tage später kam die Frau ad exitum. Ein weiterer Fall, der für die Berechnung ausscheidet, ist No. 30. Hier erfolgte 4 Stunden nach dem Partus plötzlich der Tod infolge einer Luftembolie, als sich die Frau von einer Seite auf die andere legte. Diesen unglücklichen Zufall der Hystereuryse zuzuschreiben, wäre verfehlt. Ist ja doch gerade die Luftembolie eine, man könnte fast sagen, typische Gefahr bei der Placenta praevia. Wie die Einführung des Ballons, so kann auch die zur Wendung eingeführte Hand Luft in die eröffneten Venen bringen und so Luftembolie hervorrufen. Daß eine solche sogar ohne jeden Eingriff eintreten kann, zeigt unser Fall, bei dem der Exitus erst vier Stunden nach der Geburt eintrat.

Es bleiben also für die Berechnung nur drei Fälle übrig, obgleich selbst von diesen dem einen wenigstens keine allzugroße Wichtigkeit beizumessen ist. Die Frau, um die es sich handelt (No. 11), wurde nämlich in höchst anämischem Zustande in die Klinik eingeliefert, so daß der Exitus von vornherein unvermeidlich schien. Von den noch übrigen zwei Frauen verstarb die eine infolge von Sepsis puerperalis (9). Die letzte endlich kam sehr anämisch zur Aufnahme und starb schließlich durch Verblutung aus einem Cervixriß (II, 1). Dieser Exitus fällt in die allererste Zeit, in der die Metreuryse bei uns angewendet wurde, und ist auf zu starken Zug am Hystereurynterschlauch zurückzuführen, wie solche Cervixrisse ja auch bei der kombinierten Wendung durch übergroßen Zug am gewendeten Kinde vorkommen.

Für die Berechnung kommen also 57 Frauen in Betracht, von denen 3 zum Exitus kamen. Das entspricht also einer mütterlichen Mortalität von 5,2 %, während Hammerschlag 6,3, Zweifel 7,8, Freund in Halle 10,1 % Mortalität der Mütter zu verzeichnen haben. Was das Alter der behandelten Frauen anbetrifft, so standen 3 im Alter von 20 bis 25 Jahren, 8 im Alter von 26—30 Jahren, 18 im Alter

von 31—35 Jahren, 20 im Alter von 36—40 Jahren, 5 im Alter von 41—45 Jahren. Eine Frau war über 45 Jahre alt. Von 4 Frauen ist das Alter nicht angegeben. Erstgebärende waren darunter 4, ebensoviel Zweitgebärende, ferner 16 3.—6. Gebärende, 24 7.—10. Gebärende, 9 11.—15. Gebärende und 2 16.—20. Gebärende. Bezüglich der Kindslagen ist zu bemerken, daß unter den 59 Fällen 11 Querlagen waren, von denen 6 einen für das Kind unglücklichen Ausgang hatten.

Die Dauer der Geburt betrug im Durchschnitt acht Stunden.

Wie ist es nun aber zu erklären, daß trotz dieser unleugbaren Erfolge die Hystereuryse zur Behandlung der Placenta praevia noch wenig eingeführt, ja zum Teil sogar auf geschlossenen Widerstand gestoßen ist? Welcher Art sind die Vorwürfe, die man gegen diese Methode erheben zu können glaubt?

Zunächst wird der Metreuryse zum Vorwurf gemacht, daß ihre Anwendung eine bedeutende Technik erfordere. Baisch ist der Meinung: „In der Privatpraxis wäre zu befürchten, daß die Metreuryse, allgemein eingeführt, nicht nur keine Verbesserung, sondern im Gegenteil eine erhebliche Verschlechterung der Mortalität, insbesondere der Mutter, nach sich ziehen würde, und zwar vor allem deshalb, weil die Technik der Metreuryse gerade bei Placenta praevia eine überaus schwierige ist.

Schon die Durchbohrung der Placenta, mehr noch die Einführung des Ballons durch das kleine, sich sofort wieder vorlagernde Loch bewirkt fast unvermeidlich eine ausgedehnte Ablösung der Placenta und sehr unliebsame, heftige Blutungen. Jeder weiß aus Erfahrung, wie gefährlich solche Blutungen bei den vorher schon entbluteten Patientinnen sind, wo alles darauf ankommt, jeden Tropfen Blut zu sparen. Liegt dann der Ballon endlich glücklich hinter der Placenta im Innern des Eies, so sind die Schwierigkeiten noch lange nicht zu Ende. Sobald der Ballon geboren ist, hört die Kompression der Placentarfläche auf.

Es blutet aufs neue. Der Kopf, der durch den Ballon am Eintritt ins Becken verhindert wurde, kann dessen Rolle als Tampon nicht übernehmen, und nun muß nicht selten doch die Wendung mit all ihren Gefahren vorgenommen werden.“ Und weiter kommt er zu dem Schluß: „Es bleibt somit für die allgemeine Praxis doch als empfehlenswerteste Behandlung die Methode nach Braxton-Hicks.“ Wenn ich hier einige Sätze aus der Arbeit von Baisch wörtlich wiedergebe, so tue ich es aus dem Grunde, weil in diesen wenigen Sätzen alle Vorwürfe enthalten sind, die gegen die Hystereuryse erhoben werden.

Ich gehe nunmehr näher auf diese Vorwürfe ein. Wie schon Hannes hervorgehoben hat, „ist die Hystereuryse als eine leicht ausführbare Operation zu bezeichnen“. Im allgemeinen begegnet man bei der Einführung des Ballons keinen besonderen Schwierigkeiten. Daß hin und wieder ein Fall größere Geschicklichkeit von dem Arzte verlangt, trifft ebenso für jede andere Methode zu, insbesondere für die kombinierte Wendung, die zu der schwierigsten geburtshilflichen Operation werden kann. Selbst Henkel gibt zu, daß die kombinierte Wendung manchmal hohe Ansprüche an die Technik stellt, und daß sie bei nur für einen Finger durchgängigen Muttermund vom praktischen Arzt überhaupt nicht ausgeführt werden kann. Es bleibt dann nur die Scheiden-Tamponade mit Gaze oder Ballon übrig. Was wir aber von diesen Methoden zu halten haben, haben wir oben gesehen.

Ein weiterer Einwand, der in den gegen die Hystereuryse gerichteten Arbeiten um so hartnäckiger wiederkehrt, als er bedeutungslos ist, ist der, daß nach Ausstoßung des Ballons die Blutung wieder beginne und noch nichts gewonnen sei. Nun, sollte wirklich nach der Geburt des Ballons eine Blutung wieder eintreten, so ist es ja nun ein Leichtes, mit der Hand einzugehen und die Geburt mittels Wendung zu beenden, was bei dem nunmehr vollkommen erweiterten Muttermund nicht die geringste Schwierigkeit mehr bietet. Jedenfalls dürfte hierbei weniger Blut ver-

loren gehen, als wenn man in den äußerst blutreichen, aufgelockerten Cervix einschneidet, wie es die blutigen Methoden verlangen.

Einer Bemerkung Fießlers glaube ich noch entgegnen zu müssen. Er führt als Beispiel für die technische Schwierigkeit der Hystereuryse an, daß in den acht mit Metreuryse behandelten Fällen in der Tübinger Klinik bei dreien der Ballon „nicht in die Eihöhle gelangte, sondern sich zwischen Placenta und Uteruswand schob und dadurch Schaden stiftete". Dem gegenüber muß ich feststellen, daß bei unseren 59 mit derselben Methode behandelten Frauen dieser unglückliche Zufall auch nicht ein einziges Mal eingetreten ist.

Nun möchte ich noch ein von Baisch geäußertes Bedenken zerstreuen, nämlich, daß die Hystereuryse wohl in der Klinik gute Resultate liefere, für die allgemeine Praxis dagegen nicht geeignet sei. Diese Behauptung erfährt eine glänzende Widerlegung durch unsere poliklinischen Erfolge, die die der Klinik bei weitem übertreffen. Leider ist es mir nicht gestattet, auf diesen Punkt näher einzugehen, da er Gegenstand einer besonderen Arbeit sein soll. Und nun zu einigen Einwänden Henkels, die ich nicht unwidersprochen lassen will. Wie bekannt, legt Henkel auf die Erhaltung des kindlichen Lebens keinen Wert. Er geht dabei von folgenden Erwägungen aus und hält diese allen denen entgegen, die sich bei ihrer Therapie die Rücksicht auf das kindliche Leben angelegen sein lassen. Es handele sich meist um Mehrgebärende der arbeitenden Klasse, die in schlechten sozialen Verhältnissen lebten. Wenn man dies bedenke, „so liege es auf der Hand, daß die Chancen für das Amlebenbleiben eines früh geborenen Kindes oder eines schwach entwickelten, was ja zutrifft für die große Mehrzahl der Kinder, die am rechten Ende der Schwangerschaft der Placenta praevia geboren sind, keine günstigen sind". Er meint im Gegenteil, daß von den lebend geborenen Kindern ein großer Prozentsatz „gewöhnlich bald hinterher frühzeitig zugrunde gehe". Ob Henkel für diese

Behauptung Beweise hat, ist nicht ersichtlich, jedenfalls führt er keinen an. Aber dürfte uns denn überhaupt der Umstand, daß die Mütter in schlechten sozialen Verhältnissen leben, daß vielleicht die Kinder doch bald sterben, dazu veranlassen, das Leben des Kindes gering anzuschlagen? M. E. kann man einer derartigen Ansicht nicht scharf genug entgegentreten.

Und sind es denn wirklich meist nur schwach entwickelte Kinder, die bei der Placenta praevia geboren werden? Nach unserer Statistik hatten von den 21 lebenden Kindern vier ein Gewicht zwischen 2000 und 2500 g, fünf zwischen 2500 und 3000 g, acht zwischen 3000 und 3500 g, drei zwischen 3500 und 4000 g, eins wog sogar mehr als 4000 g. Im Durchschnitt hatten demnach die Kinder ein Gewicht von mehr als 3000 g. Ich glaube nun kaum, daß man unter diesen Umständen von schlecht entwickelten Kindern reden kann.

Ich will nunmehr noch einen Irrtum Henkels aufklären. Er schreibt, „das Einführen des Gummiballons bei stehender Blase über den Muttermund könne durch Ablösen der Placenta erheblichen Blutverlust verursachen". Das mag richtig sein, aber bei uns wird der Ballon nie bei stehender Blase eingeführt, sondern immer erst wird, wie oben erwähnt, die Blase gesprengt, und dann durch diese Öffnung der Ballon in die Eihöhle eingelegt.

Endlich muß ich mich noch gegen einen Vorwurf, der gegen die Hystereuryse erhoben worden ist, wenden. Man hat behauptet, die Metreuryse erhöhe die Infektionsgefahr. Dem möchte ich entgegenhalten, daß von unseren sämtlichen Frauen nur zwei an einer Sepsis zugrunde gingen. Von diesen beiden Frauen war eine schon mit hohem Fieber in die Klinik eingeliefert worden, kann also nicht gerechnet werden. Es entspricht dies also einer Infektionsmortalität von 1,7%. Hannes jedoch hat bei größerem Material (119 Frauen) eine Mortalität an puerperaler Infektion von nur 0,8% gefunden, während Hammerschlag

eine solche von 1,6% hat, und Hofmeier berechnet die Gesamtmortalität bei Placenta praevia an puerperaler Infektion auf 2,2%. Auch in diesem Punkte wird also die Hystereuryse mit Unrecht angegriffen.

Nachdem ich hiermit diejenigen Behandlungsmethoden der Placenta praevia besprochen habe, die sich zunächst nur das Ziel setzen, die Blutung zu stillen, bleibt mir noch übrig, mit einigen Worten auf die andere Gruppe einzugehen, welche durch eine möglichst schnelle Entbindung der Gefahr zu begegnen sucht. Es sind dies, wie schon erwähnt, der klassische Kaiserschnitt und später der vaginale nach Dührssen, und endlich der extraperitoneale Uterusschnitt. Von dem klassischen Kaiserschnitt, der ab und zu angewendet wurde, ist man bald wegen der damit verbundenen Gefahren wieder abgekommen. Dagegen hat sich die von Dührssen für alle die Fälle, wo eine möglichst rasche Entleerung des Uterus erwünscht ist, angegebene Hysterotomia anterior auch Eingang in die Therapie der Placenta praevia verschafft und hier warme Fürsprecher gefunden (Bumm, Döderlein, Krönig). Dennoch scheint sich der vaginale Kaiserschnitt als Behandlungsmethode der Placenta praevia nicht recht einbürgern zu wollen, denn nach einer Zusammenstellung von Bürger und Graf sind im letzten Jahre nur sechs Fälle von Placenta praevia mittels der Hysterotomia anterior entbunden worden. Und in der Tat ist ja die Gefahr einer Blutung bei dem stark aufgelockerten Cervixgewebe bei den ohnehin schon durch den Blutverlust geschwächten Frauen eine besonders große, wenn auch Henkel dieses Bedenken als nur auf theoretischen Überlegungen fußend hinstellen will. Auch die Unübersichtlichkeit des Operationsfeldes beim Nähen mag dazu beigetragen haben, daß man sich von dieser Methode weg wieder einer neuen zuwandte, dem extraperitonealen Uterusschnitt. Unter den von Fießler angegebenen 111 Fällen von Placenta praevia der Tübinger Klinik sind neun dieser Therapie zugeführt worden. Alle neun Mütter blieben am Leben; was die Kinder anlangt,

so blieben sieben am Leben, eins war tot bei Beginn der Behandlung, und eins starb an den Folgen einer Nabelinfektion.

Wenn nun auch die Erfolge des extraperitonealen Uterusschnittes nach dieser Statistik gute sind, so genügt doch die geringe Anzahl von neun Fällen bei weitem nicht, um daraus einen auch nur einigermaßen berechtigten Schluß zu ziehen. Doch abgesehen davon bedeutet auch diese Methode immerhin einen schweren Eingriff bei Frauen, deren Widerstandsfähigkeit schon durch den vorangegangenen Blutverlust geschwächt ist.

Das größte Bedenken gegen diese Therapie aber, wie überhaupt gegen die zuletzt erwähnten Behandlungsmethoden der Placenta praevia durch chirurgisch-operative Eingriffe, erblicke ich darin, daß sie nur in der Klinik angewendet werden können. Selbst wenn sich der extraperitoneale Kaiserschnitt als erfolgreich bewähren sollte, so könnte er nur einer immerhin geringen Anzahl von Frauen zugute kommen, denn nur der erheblich geringere Teil aller Frauen mit Placenta praevia wird in die Klinik eingeliefert, der bei weitem größte Teil dagegen bleibt der Behandlung des praktischen Arztes vorbehalten. Freilich wird von den Anhängern der operativen Methode dringend gefordert, möglichst alle Frauen mit Placenta praevia der Klinik bald zuzuführen. Im Prinzip wird man dagegen nichts einwenden können, aber die Erfüllung dieser Forderungen dürfte doch recht erheblichen Schwierigkeiten begegnen, wenn nicht ganz unmöglich sein. In denjenigen Fällen, wo am Ort eine geburtshilfliche Klinik sich befindet, mag der Transport der Frauen in dieselbe verhältnismäßig leicht zu bewerkstelligen sein, obgleich auch hier die Tatsache Beachtung verdient, daß trotzdem bei uns in Breslau wenigstens die Zahl der poliklinischen Fälle von Placenta praevia die der klinischen nicht unerheblich übertrifft. Der Grund hierfür mag wohl in einer zwar ungerechtfertigten, aber doch begreiflichen Scheu vor der Klinik zu suchen sein, andererseits spricht wohl auch der Wunsch der Frauen

mit, in dieser gefahrvollen Zeit sich im Kreise der Angehörigen zu wissen.

Aber überhaupt bilden die Frauen, die in der glücklichen Lage sind, eine geburtshilfliche Klinik in der Nähe zu haben, die Minderzahl gegenüber den Frauen, die der nichtklinischen Behandlung zufallen. Das geht klar und deutlich aus der Statistik von Füth hervor, der aus einem einzigen Regierungsbezirk (Koblenz) 618 Fälle von Placenta praevia zusammengestellt hat, während die Statistiken in den Kliniken innerhalb einer annähernd gleichen Anzahl von Jahren sich nur um Hundert herum bewegen. Unter dieser großen Überzahl wird es nur wenige Fälle geben, wo sich ein Transport in die Klinik ermöglichen läßt. Weite Entfernungen, die zum Teil auf schlechten Wegen zurückgelegt werden müssen, Ungunst der Verkehrswege und nicht zum geringsten die materiellen Kosten sprechen da ein gewichtiges Wort mit. So scheint es mir außer Zweifel, daß die weitaus meisten Frauen mit Placenta praevia auf die Behandlung des praktischen Arztes angewiesen sind.

Unter solchen Umständen dürfte wohl eine ernste Frage am Platze sein: Ist es richtig, eine Therapie zu pflegen, die wohl in der Klinik für eine kleine Zahl von Frauen bessere Resultate als andere Methoden zu leisten verspricht, diese Erfolge jedoch auf Kosten zahlreicher Frauen erzielt, die infolge der angeführten Gründe eine Klinik nicht aufsuchen können? Sollte wirklich, wie Baisch hofft, die operative Methode allgemein Eingang in die Kliniken finden, so wäre das zu bedauern, nicht allein im Interesse des Arztes, sondern noch vielmehr im Interesse der kranken Frauen. Wo sollte dann wohl noch der künftige Arzt die Therapie lernen, die seinen Kranken später Hilfe bringen soll? Unsere Universitäten sollen vor allem Lehranstalten sein für künftige Praktiker, nicht allein für künftige Kliniker, und es ist unbedingt zu fordern, daß der künftige praktische Arzt in der Klinik eine Therapie kennen lernt, mit der er draußen in der Praxis Gutes wirken kann. Aegroti

salus suprema lex. Die operativen Methoden leisten vielleicht zum Wohl einiger Weniger etwas, schädigen aber durch die mangelhafte oder fehlende Ausbildung der Lernenden in den für die Praxis in Betracht kommenden Methoden die Allgemeinheit. Allein diese Überlegung sollte der Einführung der operativen Methoden in die Kliniken entgegenstehen. Sollte es nicht von größerem Vorteil sein, wenn in den Kliniken eine wirklich gute und brauchbare Methode geübt würde, die der Arzt später in seiner Praxis unbedenklich mit Erfolg anwenden kann? Und daß wir eine solche für die Praxis brauchbare Methode in der Hystereuryse besitzen, das hoffe ich durch die in unserer Klinik erzielten Erfolge dargetan zu haben. Möchte die Hystereuryse endlich in der Behandlung der Placenta praevia die dominierende Stellung einnehmen, die ihr kraft ihrer Leistungsfähigkeit gebührt, dem Arzt zur Freude, dem Kranken zum Heile.

Es sei mir zum Schluß gestattet, meine Ausführungen noch einmal kurz in folgende Sätze zusammenzufassen:

Eine gute Therapie der Placenta praevia muß zwei Indikationen erfüllen. 1. Sie muß für Mutter und Kind in gleicher Weise sorgen, 2. sie muß von jedem Arzt angewendet werden können. Diesen Forderungen genügt von allen Methoden, welche wir besitzen, einzig und allein die Hystereuryse, und darum verdient auch sie nur allein, in den Kliniken geübt zu werden.

Herrn Geheimrat Professor Dr. Küstner erlaube ich mir für die Überlassung des Materials, Herrn Privatdozenten Oberarzt Dr. Hannes für das freundliche Interesse und die liebenswürdige Unterstützung bei meiner Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis.

1. Bumm, Grundriß zum Studium der Geburtshilfe.
2. v. Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe.
3. Ahlfeld, Über Placenta praevia. Verh. d. dtsch. Ges. f. Gyn. 1897.
4. Keilmann, Habilitationsschrift. Breslau 1898.
5. Spiegelberg, Über Placenta praevia. Volkmanns Samml. klin. Vortr. 1899.
6. Straßmann, Placenta praevia. Arch. f. Gyn. 67. 1902.
7. Zweifel, Über Gefahren und Behandlungen der Placenta praevia. Münch. med. Wochenschr. 1907, No. 48.
8. Hofmeier, v. Winckels Handbuch, Bd. II S. 2.
9. Hammerschlag, Über die Behandlung der Placenta praevia. Med. Klinik. 1908, No. 17.
10. Krönig, Zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. 1908, No. 46.
11. Hannes, Methode und Erfolge der Hystereuryse bei Placenta praevia. Med. Klinik. 1908, No. 28.
12. Hannes, Placenta praevia: Hystereuryse oder Braxton-Hicks.
13. Henckel, Die Therapie der Placenta praevia. Arch. f. Gyn. 1908, Bd. 86, Heft 3.
14. Sellheim, Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Uterusschnitt. Z. f. Gyn. 1908, No. 40.
15. Füth-Koblenz, Zur Behandlung der Placenta praevia in der allg. Praxis. Zentralbl. f. Gyn. 1907, No. 12.
16. Baisch, Die Therapie der Placenta praevia und der Eklampsie. Münch. med. Wochenschr. 1909, No. 3.
17. Fießler, Zur Behandlung der Placenta praevia. Münch. med. Wochenschr. 1909, No. 3.

Lebenslauf.

Ich, Alfred Julius Paul Gellrich, wurde am 13. Januar 1884 zu Wünschelburg, Kreis Neurode, als Sohn des Kgl. Gerichtsassistenten Reinhold Gellrich geboren. Ich bin evangelischer Religion und preußischer Staatsangehöriger. Mein Wohnort ist Breslau. Meinen ersten Unterricht erhielt ich in einer Volksschule Breslaus. Ich besuchte dann das Kgl. Friedrichs-Gymnasium zu Breslau, das ich Ostern 1903 mit dem Zeugnis der Reife verließ.

Ich widmete mich alsdann dem Studium der Medizin, und zwar studierte ich zunächst 2 Semester in Breslau, wo ich Schüler folgender Professoren und Privatdozenten war:

Hasse, Schaper †, Peter, Thilenius, Hürthle, Ladenburg, Herz, O. E. Meier †, Brefeld, Kükenthal.

Ich ging hierauf 1 Semester nach Tübingen und hörte dort die Vorlesungen der Professoren

Froriep, Heidenhain und *Grützner.*

Nach Breslau zurückgekehrt, bestand ich im Juni 1905 die ärztliche Vorprüfung. Ich genügte darauf meiner Militärpflicht bei dem 4. Niederschles. Inf.-Reg. No. 51 zu Breslau, hörte jedoch zugleich eine Vorlesung über Hygiene. Auch die letzten 4 Semester studierte ich in Breslau, und war während des zweiten Aufenthaltes an dieser Universität Hörer der Professoren und Privatdozenten:

von Strümpell, Stern, Krause, Müller, Filehne, Biberfeld, Garrè, Anschütz, Stich, Küstner, Hannes, Dienst, Schubert, Flügge, Ponfick, Winkler, Uhthoff, Groenouw, Bonhoeffer, Zieler, Schäffer, Hinsberg, Boenninghaus, Czerny.

Ich verließ dann die Universität, um das Staatsexamen abzulegen. Ich beendete dasselbe Anfang Juni 1908. In der 2. Hälfte des Juni ging ich als Medizinalpraktikant an das St. Joseph-Krankenhaus zu Breslau, wo ich noch jetzt unter dem leitenden Arzt, Herrn Sanitätsrat Lasiński, arbeite.

Allen den genannten Herren gestatte ich mir hiermit, meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.